FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR LE

Docteur André JACQUEMARD

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 11 Mai 1892, à Bois-le-Roi (S.-et-M.)

Les Méningites Lymphocytaires CURABLES

Président de Thèse : M. le Professeur H. ROGER

A. VALADE, Imprimeur

11, Rue Flatters, 11

AMIENS

—

1926

Le Doyen . . . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérim[1].
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.	
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
M. RETTERER	Histologie.

IV. – AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD . .	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE LIEUTENANT JACQUEMARD

Prématurément ravi à l'affection des siens

A MA CHÈRE MAMAN

Modeste hommage de ma profonde affection.

A MA CHÈRE FEMME

Fidèle compagne de ma vie.

A MES CHÈRES ENFANTS : SIMONNE ET JACQUELINE

A MA FAMILLE

A MON PARRAIN : LE ROMANCIER LOUIS LÉTANG

Officier de la Légion d'Honneur

A NOTRE GRAND' MÈRE LUCIE RAIMONDI

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR RAPHAËL RAIMONDI

Chevalier de la Légion d'Honneur

A SA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il daigne agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

Dont l'enseignement fut toujours si précieux pour nous.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service de Clinique Médicale de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

Professeur de Clinique Oto Rhino Laryngologique de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chef du Service d'Oto-Rhino Laryngologie de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT

Chirurgien des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU

Chirurgien des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Médecin des Hôpitaux
Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

Médecin des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Médecin des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

Professeur de Pathologie interne à l'Ecole de Médecine d'Amiens
Médecin des Hôpitaux

Les MÉNINGITES LYMPHOCYTAIRES CURABLES

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de méningites tuberculeuses, dont le diagnostic clinique fut plus ou moins nettement confirmé par le laboratoire mais, chaque fois, nous avons été frappé par la difficulté réelle d'affirmer l'origine tuberculeuse des troubles observés.

En raison même de la gravité du pronostic qui, à quelques rares exceptions près, est celui d'une issue fatale, il importe, avant de se prononcer sur le diagnostic de rechercher si l'on n'a pas affaire à une des nombreuses catégories de méningites à lymphocytes qui sont susceptibles de guérison.

Dans ce modeste ouvrage, après avoir passé une revue rapide des diverses affections pouvant s'accompagner de réactions méningées lymphocytaires, ajoutant aux différents cas qui ont été décrits, les observations que nous avons pu réunir, nous essaierons de tirer de courtes conclusions.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de remercier nos Maitres de la Faculté de Médecine de Paris pour les conseils bienveillants qu'ils nous ont inlassablement prodigués depuis le début de nos études. Qu'ils daignent accepter l'hommage respectueux de notre profonde gratitude.

Nous remercions bien vivement M. le Docteur Hautefeuille, Professeur de Pathologie Interne à l'École de Médecine d'Amiens, pour avoir bien voulu nous inspirer dans le choix de cette thèse et nous guider avec une sollicitude qui nous a particulièrement touché.

Notre reconnaissance est acquise à M. le Professeur Roger, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, dont l'accueil a toujours été pour nous si bienveillant que nous voulons l'assurer encore une fois de notre entier dévouement.

La méningite tuberculeuse est encore considérée à l'heure actuelle comme une affection d'une gravité exceptionnelle, et nous dirons même que pour beaucoup de praticiens c'est une maladie qui ne pardonne jamais.

Brouardel et Gilbert, n'ont-ils pas écrit que « le diagnostic de la méningite tuberculeuse est un véritable arrêt de mort. La maladie est fatalement mortelle et cela dans un délai de quinze à vingt jours en moyenne. »

Dans le traité de Sergent, on lit que « le pronostic dans l'état actuel de nos connaissances doit être considéré comme fatal. »

Ce fut un dogme universellement établi jusqu'au jour ou certains auteurs publièrent plusieurs observations de méningites tuberculeuses curables dont nous dirons quelques mots plus loin

Quoi qu'il en soit, on peut imaginer l'extrême réserve qu'est en droit d'observer dans l'établissement de son diagnostic, tout médecin appelé d'urgence au lit d'un malade paraissant présenter le tableau clinique de la méningite tuberculeuse ; d'autant plus que nombreuses sont les affections pouvant s'accompagner de réactions méningées, ressemblant à s'y méprendre à la méningite tuberculeuse, qui elle même en dehors de son évolution classique assez rare d'ailleurs, est d'un polymorphisme déconcertant.

Le résultat, c'est que chaque fois que l'on se trouve en présence d'un malade accusant quelques uns des symptomes, suivants : céphalée, contractures, kernig, vomissements, constipations, troubles oculaires, ralentissement du pouls, fièvre etc., on pense tout naturellement à la maladie la plus grave, et pour peu qu'un examen rapide de laboratoire ait donné un semblant de confirmation en révélant la présence de nombreux lymphocytes accompagnés d'hyperalbuminose, on est tenté d'assombrir considérablement le pronostic, alors qu'on peut très bien avoir affaire à une affection toute autre qu'une méningite tuberculeuse.

Et en effet, après une ou deux ponctions, ou même avant tout traitement, l'état général s'améliore brusquement, le délire disparait aussi vite qu'il était apparu dramatiquement pour l'entourage, et le malade guérit à l'étonnement général.

Il importe donc, avant d'avoir prononcé le mot de méningite tuberculeuse d'être absolument certain de son diagnostic, et pour ce faire, il sera nécessaire d'avoir passé en revue les nombreuses catégories de méningites à lymphocytes qui sont susceptibles de guérison.

C'est ce que nous allons essayer d'exposer, car il nous semble qu'en procédant ainsi par élimination, nous aurons le maximum de chances d'éviter l'erreur sans avoir de certitude absolue en dehors des cas bien tranchés où l'examen du liquide céphalo rachidien nous aura permis de déceler la présence du bacille de Koch soit par un examen direct, soit par culture, soit enfin par l'inoculation au Cobaye qui, malheureusement, en raison du temps qu'il nous aura fallu attendre le résultat, n'aura plus souvent pour nous qu'un intérêt documentaire et rétrospectif. Hâtons-nous cependant d'ajouter, et nous reviendrons plus loin sur cette question, que l'examen chimicocytologique du liquide de ponction pourra nous être d'un grand secours pratique.

Quoi qu'il en soit, nous ne méconnaîtrons pas qu'un certain nombre d'observations semblent contredire la rigueur du pronostic, et que des rémissions prolongées, de véritables guérisons même ont pu terminer l'évolution des méningites tuberculeuses.

Nous en dirons donc quelques mots en passant pour légitimer un diagnostic positif, alors qu'il aura précédé une terminaison heureuse de la maladie.

Chapitre I

MÉNINGITES TUBERCULEUSES CURABLES

Personne n'ignore que la pratique de la médecine infantile ne ménage pas au praticien ses surprises heureuses dans l'évolution des maladies réputées incurables, et il est fréquent d'assister à des guérisons inespérées que l'on serait presque tenté de qualifier de miraculeuses.

Les enfants sont aussi vite rétablis qu'ils ont été rapidement déprimés, et il semble naturel que ce soit eux qui doivent nous fournir des exemples de rémissions prolongées et même de guérison dans la méningite tuberculeuse. Nous conviendrons que ces cas sont excessivement rares et qu'il serait peut-être plus prudent de ne prononcer que le mot de rémission, les récidives, même à distance, étant toujours à craindre, en sorte qu'il est impossible d'affirmer que dans l'avenir une nouvelle poussée ne finira pas par emporter le malade.

Nous n'insisterons pas non plus sur les séquelles qui peuvent suivre immédiatement la crise méningée ou n'apparaître que tardivement, la curabilité dans ce cas étant le plus souvent illusoire.

Nous voulons parler des paralysies du côté des yeux ou des membres et des névrites optiques avec atrophie pouvant entraîner une cécité définitive, sans compter les troubles de la mémoire et de l'intelligence.

Bien souvent c'est par ces séquelles, c'est par ces rechutes que se fait rétrospectivement le diagnostic de ces méningites tuberculeuses de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, malgré la guérison apparente de la maladie, on voit combien il faut être réservé quand on envisage l'avenir.

Nous citerons une observation de Messieurs Aviragnet et Tixier dans laquelle la nature tuberculeuse de la réaction méningée fut prouvée par une inoculation positive chez le cobaye.

OBSERVATION 1

C'est celle d'un enfant de cinq ans qui présentait, dès son admission les symptômes classiques d'une méningite ; raideur de la nuque, kerni g, abattement, photophobie, amaigrissement, fièvre, ralentissement du pouls.

A ces signes s'ajoutait une adénopathie trachéobronchique de nature probablement tuberculeuse.

La ponction lombaire révéla une lymphocytose abondante et tuberculisa le cobaye.

Et cependant l'état du petit malade s'améliora progressivement puisque cinq semaines après son entrée il quittait l'hospice des enfants assistés ne présentant

plus aucun symptôme clinique de réaction méningée. Seule une légère lymphocytose persistait dans le liquide céphalo rachidien.

L'enfant subit un nouvel examen plus d'un an après et son état fut jugé aussi satisfaisant que possible en dehors de la persistance de l'adénopathie médiastinale qui déterminait une compression des bronches perceptible à l'auscultation.

Chapitre II

MÉNINGITE OURLIENNE

La méningite ourlienne, bien connue actuellement depuis les travaux de Chauffard, s'accompagne également de réaction lymphocytaire.

C'est en général cinq à dix jours après la défervescence qu'elle fait son apparition, en sorte qu'à ce moment la tuméfaction de la parotide si elle existe encore est assez difficilement perceptible.

Il est certain qu'en pleine épidémie comme il en éclate brusquement dans certains villages où la maladie frappe rapidement presque tous les habitants il y aura de fortes présomptions en faveur d'une méningite ourlienne, mais on imagine la difficulté qui surgit pour le médecin appelé d'urgence auprès d'un cas isolé alors que la tuméfaction parotidienne n'existe plus ou a été si légère que le malade omet de la signaler au cours de l'interrogatoire.

On se trouve alors en présence d'un sujet qui accuse de la céphalée, des vomissements, de la raideur de la nuque, un kernig léger en général, de la fièvre à 39°-40°, un pouls aux environ de 60. Le malade peut même délirer et les symptômes persistent ainsi pendant plusieurs jours. Puis la défervescence apparaît en même temps qu'on assiste à la regression et disparition des autres signes. En général, au lieu du syndrome méningé franc que nous venons de décrire, on observe plus fréquemment des formes très frustes se réduisant à de la céphalée avec bradicardie.

La ponction lombaire donne un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, hypertendu avec abondante lymphocytose, de l'albuminose et, dans certains cas, de l'hyperglycorrachie avec diminution des chlorures.

L'évolution de la méningite ourlienne est presque toujours favorable. C'est exceptionnellement qu'on l'a vue se compliquer de paralysie faciale, de paralysie du voile du palais ou de paraplégie, et plutôt rares sont les cas qui se sont terminés par la mort.

Dans le service de M. le Professeur Hautefeuille nous avons relevé l'observation d'une malade qui se présenta alors que les symptômes parotidiens avaient disparu.

OBSERVATION 2

Il s'agissait d'une jeune fille de dix huit ans qui accusait depuis trois ou quatre jours une céphalée intense avec vomissements et constipation, kernig, inégalité pupillaire, pouls à 60, température à 39°.

Une épidémie d'oreillons sévissait dans le village.

La malade ne présentait qu'une très légère tuméfaction parotidienne, mais elle était souffrante depuis quinze jours. Les parents n'avaient appelé le médecin qu'à l'apparition des symptômes nerveux.

La ponction lombaire donna un liquide clair, hypertendu, contenant vingt lymphocytes par champ, 0 gr. 60 d'albumine.

On émit l'hypothèse de méningite ourlienne en faisant certaines réserves sur le pronostic.

La malade s'améliora après ponction, et guérit au bout de quatre ou cinq jours.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il est assez rare de rencontrer des symptômes de méningite aussi nets que dans cette observation. C'était une raison de plus pour faire une erreur de diagnostic et sans l'épidémie d'oreillons qui sévissait alors, l'attention n'étant pas retenue par la tuméfaction légère de la parotide, la confusion avec la méningite tuberculeuse devenait, de ce fait, parfaitement possible.

Chapitre III

MÉNINGITE POLIOMYÉLITIQUE

Dans la paralysie infantile, il arrive parfois, que les symptômes méningés passent au premier plan et réalisent ce que l'on a appelé la forme méningée.

Le tableau clinique de cette méningite étant le même que celui de la méningite tuberculeuse, la distinction reste extrêmement délicate jusqu'au moment ou apparaissent les premières paralysies.

Netter a insisté sur l'apparition des symptômes méningés au début de la paralysie infantile, et il cite à ce propos plusieurs observations dont l'origine poliomyélitique ne fait aucun doute.

Là encore, la réaction du liquide céphalo rachidien porte sur une lymphocytose généralement modérée avec hyperalbuminose sans modification du sucre ni des chlorures.

On peut donc, jusqu'à l'apparition bien caractéristique des paralysies, avoir le droit de vouloir réserver le diagnostic.

Ajoutons que, fait bien plus troublant encore, Netter signale certaines poliomyélites qui peuvent se réduire à la réaction méningée du début sans passer au second stade de paralysie.

Les américains Anderson et Frost signalent des cas identiques chez trois malades ayant présenté de la céphalée avec raideur de la nuque et du tronc, signe de kernig, photophobie, vomissements, etc...

Triboulet, Harvier et Vaudescal rapportent plusieurs cas de poliomiélites avec paralysie bénigne ayant guéri en dix jours et qui furent précédés de méningite très nette avec lymphocypose et hyperalbuminose. L'inoculation au cobaye avait été négative et Levaditi avait décélé le virus de la maladie dans les sécrétions nasales.

Chez un malade, la phase méningée avait été courte et légère, la paralysie avait été grave et définitive. Chez un autre, au contraire, c'est la paralysie qui avait été fruste alors que la réaction méningée s'était montrée très vive et cependant, dans ce dernier cas, l'issue de la maladie avait été très favorable. D'où cette conclusion que, dans le pronostic, l'intensité des symptômes méningés n'impliquent nullement l'idée de gravité.

Ce sont des méningites très curables.

Il est vraisemblable que l'agent infectieux peut frapper, soit l'axe centro spinal et ses enveloppes et, dans ce cas, on a affaire à la forme méningée de la paralysie infantile, soit la substance grise seule et c'est alors la forme classique, soit enfin les méninges à l'exclusion de la moelle, ce qui expliquerait l'absence de toute paralysie ultérieure.

Quoiqu'il en soit, que l'on ait affaire à une forme méningée au début ou, à plus forte raison, à une méningite pure, ayant pour cause le virus de la poliomyélite, on conçoit toute la difficulté du diagnostic, pour qui le laboratoire n'aura pu être d'aucun secours.

Il semble fatal que dans ces conditions les formes frustes ou méningées pures de la maladie de Heine médine passent inaperçues.

Nous en conclurons que le diagnostic devient impossible s'il ne peut s'appuyer sur une cause épidémique ou si la nature de la maladie n'est pas démontrée expérimentalement, chose peu réalisable en pratique. On sait en effet que l'inoculation au singe, bien qu'inconstante, est parfaitement réalisable et que cet animal contracte la maladie si l'on vient à déposer sur sa muqueuse nasale des sécrétions prélevées dans le nez ou la gorge du malade.

Malheureusement, il faut attendre une incubation de sept à dix jours pour voir apparaître les premiers symptômes de l'affection.

Là encore et là surtout il faudra bien se garder de conclure à une méningite tuberculeuse en dehors de tout signe de certitude.

Chapitre IV

MÉNINGITE SPIROCHETOSIQUE

La méningite spirochetosique qui a été décrite par Costa et Troisier débute en général brusquement et s'accompagne de céphalée intense avec rachialgie, vomissements, douleurs musculaires, fièvre, parfois même d'herpes labial simulant ainsi la méningite cérébro spinale.

L'ictère ne survient pas au début mais quelques jours après l'apparition de ces symptômes. Il est caractéristique, les téguments prenant peu à peu une teinte jaune safran sur un fond rouge dû à une vaso dilatation certaine, puis la maladie de Mathieuweil évolue jusqu'à sa nouvelle poussée fébrile.

Parfois le syndrome méningé est suivi d'ictère léger ou même d'un subictère ou enfin reste isolé ne s'accompagnant d'aucune coloration des téguments et c'est dans ce dernier cas surtout que le diagnostic risquera fatalement de s'égarer s'il n'est pas appuyé sur des épreuves de laboratoire qui elles mêmes ne donneront de résultats certains que tardivement comme nous allons le voir plus loin.

Ce sont ces syndromes méningés indépendants de tout ictère et de toute hémorragie et pouvant simuler la méningite tuberculeuse que Messieurs Costa et Troisier ont réunis sous l'appellation de « Spirochétose anictérique à syndrome méningé ».

A ce propos Messieurs Apert et Broca signalent l'observation d'un enfant de quatorze ans ayant présenté un syndrome méningé bien caractérisé et une lyphocytose avec albuminose assez accentuées.

OBSERVATION 3

Gaston B... 14 ans, entre à l'hôpital des enfants malades le 9 Juin pour de la fièvre, céphalée, et vomissements ; la raideur de la nuque de la région lombaire et des membres inférieurs est assez forte pour empêcher la mise en évidence du signe de kernig.

L'enfant était souffrant depuis trois jours.

En effet le 6 juin il s'était réveillé avec de la courbature, de la fièvre, de la céphalée et le jour suivant il avait été pris de vomissements et de diarrhée abondante. Le 10 juin l'aspect général de l'enfant s'est amélioré et n'évoque ni l'idée de méningite ni celle de fièvre typhoïde ; le 11 juin les vomissements réapparaissent, mais plus de diarrhée, fièvre à 38° raideur de la nuque, kernig net. Le 12 juin, ponction lombaire : liquide clair sortant en gouttes précipitées ; culot de centrigation formé de lymphocytes avec seulement quelques polynucléaires ; 272 éléments par millimètre cube. Pas de microbe. Albumine 1 gr. 20 ; sucre abondant. Le malade est

nettement amélioré par la ponction. Diminution du mal de tête, disparition du kernig. Le 13 juin, pouls à 58, température à 37°. Plus de céphalée, plus de nausée, appétence.

Ponction lombaire, 15 centimètres cube de liquide clair. Ensemencement du liquide et du culot sur bouillon ascite négatif. Wassermann du liquide céphalo rachidien et du sang négatif.

Le 22 au soir, légère rechute : fièvre, étourdissements, nausées jusqu'au 26, date où tout rentre dans l'ordre, et l'enfant sort le 30 juin complètement guéri.

Le séro diagnostic fait à l'institut Pasteur en ce qui concerne le spirochète ctérohémorragique est positif. La réaction des immunisines pratiquée sur deux cobayes est positive. Les deux témoins meurent en sept jours ictériques et l'on retrouve le spirochèque dans le foie. Les deux cobayes ayant reçu la même dose de virus que les témoins ont survécu sans manifester de troubles.

Il ressortait donc de cette observation que l'on se trouvait bien en présence d'une réaction méningée d'origine spirochétosique.

Comme nous l'avons vu, la réaction du liquide céphalo rachidien se manifestera presque toujours par de la lymphocytose. Il pourrait se faire quelle succédat à une polynucléose, mais dans tous les cas, elle est légère et s'accompagne d'une hyperalbuminose qui ne dépasse guère 0 gr. 60 à 0 gr. 70. Le taux des chlorures est abaissé et celui du glucose à peine augmenté, la caractéristique est l'élévation notable du taux de l'urée qui dans certains cas peut monter jusqu'à 4 gr.

Seul, l'examen direct nous intéressera dans l'établissement d'un diagnostic précoce, puisque l'inoculation du sang ou du liquide céphalo rachidien, réalisable seulement dans les huit premiers jours, ne déterminera pas de phénomènes morbides perceptibles chez l'animal avant huit à treize jours ; quant à l'inoculation des urines elle ne sera possible qu'à la fin de la première poussée thermique, c'est-à-dire, entre le cinquième et septième jour où avec plus de certitude à l'apparition de la deuxième poussée thermique, c'est-à-dire vers le quinzième jour.

L'examen direct de l'urine fait à l'ultra microscope par le procédé très simple de l'encre de chine fera voir, bien rarement il est vrai, en blanc sur coloration noire, de nombreux filaments spiralés, que l'on ne devra pas confondre avec les spirochètes du méat ou du prépuce dont on se débarrassera par un lavage sérieux et en recueillant l'urine au milieu de la miction.

Faut-il rattacher à la spirochétose les syndromes méningés accompagnés d'ictère décrits par Guillain et Richet en 1910 puisqu'à cette époque la spirochétose n'était pas encore connue. Les courbes de température présentant une élévation au début et vers le quinzième jour de la maladie sembleraient assez l'indiquer. Ou bien encore convient-il de décrire une forme d'ictère infectieux banal s'accompagnant de réaction méningée ?

Nous citerons à ce propos un cas relevé dans le service de Mr le Professeur Hautefeuille.

OBSERVATION 4

R.... Jeune homme de vingt-huit ans, présente depuis huit jours de la courbature, de la céphalée, des vomissements, des troubles de la vue. A son entrée à l'hôpital on constate un subictère généralisé, de la douleur à la pression des muscles, de la raideur de la nuque, kernig positif, réflexes rotuliens diminués, crémastérien aboli, ventre rétracté, pouls à 52°, température 38° 2, nystagmus, photophobie, mydriase. La vue se trouble quand on lui fait fixer un objet.

Oligurie, urine teinte rouge brun ; réaction de Hay et de Gmelin positives ; selles légèrement décolorées.

Le malade est en état de stupeur.

Il maigrit rapidement.

La ponction lombaire donne un liquide en jet très légèrement jaunâtre, contenant seulement de rares lymphocytes.

Nous le traitons par un goutte à goutte rectal : deux fois par jour, 500 gr. de sérum Glucosé urotropiné.

Au bout de quelques jours l'urine augmente : 750 centicubes. Les symptômes s'amendent. Le malade guérit sans rechute. L'inoculation de l'urine au cobaye et la recherche du spirochète furent négatives.

L'étiologie de cet ictère est donc restée inconnue.

Chapitre V

MÉNINGITE RHUMATISMALE

Le rhumatisme articulaire aigu dans ses complications nerveuses s'accompagne fréquemment d'une réaction méningée à lymphocytes. Nous dirons donc quelques mots du rhumatisme cérébral, et du rhumatisme spinal.

Ces deux affections, assez graves d'ailleurs, et qui fort heureusement sont peu fréquentes, ne semblent pas au premier abord devoir être confondues avec la méningite tuberculeuse. C'est en effet dans les formes graves du rhumatisme que les complications cérébrales font en général leur apparition, et le plus souvent, c'est à la période d'état, alors, qu'une angine, une bronchite, une diarrhée, parfois des sueurs abondantes, de la fièvre, des éruptions miliaires et surtout des symptômes articulaires pathognomoniques ne permettent plus de doute possible.

La forme suraigüe aboutit à la mort en quelques heures, soit au milieu du coma, soit après une courte période de délire et de convulsions.

La forme aigüe, la plus commune, s'accompagne souvent, de phénomènes méningitiques, tels que céphalée, vomissements, raideur de la nuque, contractures, délire, mais le pouls bat à 120, 150 et la fièvre dépassant parfois 42°, le malade tombe dans le coma et meurt.

La forme la plus intéressante pour nous, puisqu'elle pourrait être la plus susceptible de confusion, avec la méningite tuberculeuse, est la forme suraigüe pouvant s'accompagner de réaction méningée au début.

Il faudrait en effet, pour que la confusion fut possible, que les symptômes articulaires n'aient pas existé, ou bien encore fussent excessivement frustes.

Ces cas sont assez rares, et présentent une gravité beaucoup plus atténuée que lorsqu'ils compliquent le rhumatisme articulaire aigü, violent, généralisé avec grosse hyperthermie.

Ce sont des formes cérébrales curables et qui peuvent très bien s'accompagner de lymphocytose du liquide céphalo rachidien.

A ce propos, nous citerons le cas suivant relevé dans le service de Mr le Professeur Hautefeuille.

OBSERVATION 5

C'est l'histoire d'un enfant de quinze ans qui présenta un épisode de réaction méningée au cours d'un rhumatisme suraigü.

Il est atteint d'abord de douleurs articulaires légères calmées par le salicylate de soude. Mais ses douleurs reprennent avec apparition de poussées d'érythème, d'aspect variable : macules plus ou moins purpuriques sur les bras et les jambes, parfois éléments urticariens.

Ces poussées éruptives coïncident avec de légères fluctions articulaires aux poignets et aux coudes, avec accès de fièvre violents à 40° durant deux ou trois heures, se reproduisant tous les deux ou trois jours d'abord, puis une ou deux fois en vingt-quatre heures. La température baisse à 38° ou 37° dans l'intervalle.

On attribue d'abord la maladie à une infection intestinale. Mais, malgré la diète liquide, les mêmes accidents se reproduisent pendant deux mois. Les poussées d'érythème, le type intermittent de la fièvre font penser à la méningococcémie à type pseudo-palustre décrite par Netter.

L'évolution semble confirmer cette hypothèse ; l'enfant se plaint de céphalée intense, il vomit, le kernig est nettement positif. Une ponction lombaire donne un liquide clair contenant dix lymphocytes par champ ; pas de germes visibles.

L'hémoculture est négative.

La lymphocytose rachidienne nous fait craindre alors une bacillémie avec début de localisation méningée. Cependant, les signes méningés cèdent très rapidement après la ponction, mais à l'auscultation, nous découvrons un léger souffle au premier temps qui nous ramène au diagnostic d'endocardite rhumatismale

La salicylate de soude à la dose de 6 gr. par jour fait baisser assez rapidement la température.

L'enfant guérit au bout de quelques semaines.

En résumé, nous sommes en présence d'un cas assez délicat, qui ne fut réellement catalogué que par la découverte de la complication endocarditique du rhumatisme et l'action curative du salicylate de soude.

Et cette particularité nous fait penser que malgré la grosse différence clinique pouvant exister entre le rhumatisme articulaire et l'ostéoarthrite tuberculeuse, la confusion pourrait être commise à la rigueur, surtout dans le cas tout à fait possible où la méningite tuberculeuse serait précédée immédiatement ou à distance d'une tumeur blanche du genou.

Là encore, comme plus haut, le traitement par le salicylate de soude lèverait rapidement tous les doutes.

Chapitre VI

MÉNINGITE SYPHILITIQUE

Bien connue maintenant est l'affinité toute particulière que possède le spirochète pour les éléments nerveux de l'organisme et la rapidité avec laquelle il les imprègne. Si bien que de jour en jour la thérapeutique préventive de la syphilis prend une importance plus considérable, thérapeutique assez comparable d'ailleurs, à celle employée dans d'autres affections, comme le tétanos et la rage par exemple, où il s'agit de gagner une véritable course de vitesse avec la toxine ou le virus.

Là, c'est le parasite qu'il faut atteindre le plus vite possible et l'on s'y efforce d'autant plus, que l'on connait l'extrême gravité qu'entraîne pour l'avenir l'apparition des premières manifestations méningées telles que les céphalées, amorces précoces de complications ultérieures contre lesquelles la thérapeutique est impuissante.

La méningite syphilitique aiguë qui fait son apparition au cours de la période secondaire d'une syphilis acquise, pourrait dans certains cas être aisément confondue avec la méningite tuberculeuse.

Elle peut également s'observer, mais avec beaucoup plus de rareté il est vrai, chez les hérédosyphilitiques.

Le début des réactions méningées peut être brusque, mais habituellement les différents symptômes s'installent progressivement et le malade se plaint d'insomnies qu'il ne peut vaincre, tant elle est tenace, constante incurable. Une modification du caractère qui devient irascible ou taciturne, une diminution de l'intelligence, parfois même un délire passager, en imposeraient facilement pour un début de méningite tuberculeuse, si l'on ajoute encore l'apparition d'une céphalée intense. Cette dernière en

général bien localisée au front et à l'occiput est continue, rebelle et s'accompagne d'exacerbations nocturnes, l'état général restant bon alors que dans la méningite tuberculeuse il est réellement plus touché.

Avec cela, de la raideur de la nuque fréquente mais incomplète, les mouvements provoqués restant possibles sans déterminer par trop de douleurs.

Le signe kernig est presque toujours positif.

Troubles oculaires à formes variées : strabisme, diplopie, ptosis, myosis, ou mydriase.

Les vomissements peuvent manquer et sont certainement moins fréquents que dans la méningite tuberculeuse. La constipation est de règle. Le pouls ralenti, est plus régulier et plus stable que dans la méningite tuberculeuse. Enfin la fièvre est moins élevée et moins durable.

La ponction lombaire révèle un liquide céphalo rachidien peu ou pas hypertendu avec lymphocytose et hyperalbuminose discrètes qui persistent après la disparition des symptômes méningés aigus puisque c'est là un des moyens de diagnostic du tabes, de la paralysie générale et de la sclorose en plaques d'origine syphilitique.

On voit à la suite de cet examen rapide que les symptômes de la méningite syphilitique peuvent reproduire le tableau clinique de certaines méningites tuberculeuses et que l'on ne saurait être trop prudent dans l'établissement d'un diagnostic précoce, si l'on n'est pas en possession du grand signe de certitude qu'est le Wassermann positif, celui-ci pouvant être douteux et même négatif, alors que le coupable est bien réellement le tréponème de Schaudinn comme on le sait fort bien.

L'interrogatoire sera certes d'un grand secours. Il pourra ne pas l'être, la recherche du Spirochéte dans le liquide céphalo rachidien ne donnera guère de résultat appréciable, le tréponème n'y étant décelé que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

A défaut du Bordet Wassermann, on pratiquera la réaction du benjoin colloïdal et l'on pourra enfin par le sulfate d'ammoniaque à saturation précipiter la globuline qui se rencontre en effet dans le liquide de réaction méningé syphilitique à l'inverse de la tuberculose ou c'est la sérine qui domine.

Nous terminerons ce court chapitre par une observation relevée dans le service de M. le Professeur Hautefeuille, et dans laquelle le diagnostic ne fut réellement établi que par la guérison rapide, survenue après une thérapeutique appropriée.

OBSERVATION 6

C'est l'observation d'un nourrisson âgé de quinze mois, qui fut pris brusquement de vomissements violents et répétés sans cause apparente. Il était constipé depuis quelque temps. L'examen révéla une température à 39°, des contractures, un kernig positif, mais en dehors de ces symptômes, ce qui frappait le plus, c'était la forme olympienne du front. On fit une ponction lombaire qui révéla une lymphocytose nette, malheureusement le Wassermann ne put être recherché.

Le diagnostic restait hésitant. On pouvait avoir aussi bien affaire à la tuberculose qu'à la syphilis.

Dans le doute, un traitement par des injections de sulfarsénol fut décidé.

L'enfant s'améliora très rapidement et guérit.

Chapitre VII

MÉNINGITE HERPÉTIQUE ET ENCÉPHALITIQUE

Nous attirerons particulièrement l'attention sur la méningite herpétique intéressante en raison des rapports qui peuvent exister entre l'herpès et l'encéphalite léthargique ; des recherches d'immunité croisée réalisées par Messieurs Levaditi, Harvier et Nicoleau, ayant démontré que le virus encéphalitique appartient au même groupe que le germe herpétique dont il n'est en réalité qu'une variété à affinité toute particulière pour le système nerveux.

La lymphocytose n'est pas rare dans l'herpès mais on observe assez rarement des symptômes cliniques bien marqués. C'est plutôt une atteinte méningée qui se fait silencieusement. Aussi nous semble-t'il intéressant de signaler les quelques rares cas que l'on aurait pu confondre avec la méningite tuberculeuse.

L'un fut relevé par Philibert, dont la malade fit à la suite d'un herpès vulvaire, nne méningite typique avec lymphose rachidienne.

Deux autres furent étudiés par le Docteur Lancet, chez deux enfants de la même famille.

OBSERVATION 7

Un jeune garçon de quatorze ans, sujet aux poussées d'herpès présente une violente céphalée, de la prostration, des vomissements, du ralentissement du pouls aux environs de 50, de la contracture des muscles vertébraux, un kernig prononcé et une température à 38°.

L'examen du liquide céphalo rachidien révéla 13 lymphocytes par milimètre cube avec dissociation cyto-albuminique. Aucun germe et Wassermann négatif.

Dix huit jours plus tard, sa sœur, une jeune fille de treize ans, présente à son tour les mêmes symptômes, mais sans herpès cette fois. Tous deux sont soulagés par la ponction lombaire et l'on assiste à une guérison rapide.

L'auteur insiste sur la bénignité, la contagiosité et l'absence possible de toute éruption cutanée.

MÉNINGITE ENCÉPHALITIQUE

De l'encéphalite, nous dirons seulement qu'à la somnolence plus ou moins accentuée pouvant aller jusqu'au coma, à un état infectieux fébrile, s'ajoutent en général des paralysies oculaires : Ptosis, Strabisme, diplopie, des troubles moteurs sensitifs, psychiques et enfin des contractures bien différentes de celles de la méningite tuberculeuse. Les mobilisations sont en effet faciles et il s'agit plutôt là d'une simple hypertonie que de raideur vraie de la nuque et des membres.

Le liquide céphalo rachidien est clair, limpide, non hypertendu. On y constate souvent une lymphocytose plus ou moins abondante. Parfois hyperalbuminose avec hyperglycorrachie.

Une confusion possible serait celle que l'on pourrait faire avec la méningite tuberculeuse du nourrisson qui évolue souvent sous la forme somnolente succédant soit à un début brusque, soit, et le plus souvent, à des troubles digestifs et à un amaigrissement marqué.

La plupart du temps, on observe des contractures très légères avec kernig et fièvre.

Nous attirerons donc particulièrement l'attention sur cette forme de méningite tuberculeuse qui se rapproche assez du tableau clinique de l'encéphalite.

Chapitre VIII

MÉNINGITE ZOSTÉRIENNE

Dans notre énumération des réactions méningées lymphocytaires curables, nous n'omettrons pas la lymphocytose du zona, cette véritable polyomyélite postérieure et puisque le zona est considéré par certains auteurs comme une localisation nerveuse de la tuberculose, nous citerons à ce propos une observation de M. Gougelet, dans laquelle le zona fit son apparition accompagné d'un syndrome méningé chez un jeune garçon suspect de tuberculose.

OBSERVATION 8

G..... Robert, âgé de cinq ans entre à l'hôpital Hérold le 29 mai, salle Bazin, pour un zona ayant débuté il y a quatre jours. Le père est tuberculeux. Rougeole il y a deux ans Il y a deux mois, l'enfant a été amené à la consultation pour une otite double suppurée avec mauvais état général, anémie, anoréxie et amaigrissement. A l'examen, on trouve un zona étendu en demi ceinture à la base de l'hémithorax droit, sans douleur et sans fièvre.

L'intradermo-réaction se montre positive.

Une ponction lombaire permet de retirer un liquide clair qui s'écoule lentement, présentant une lymphocytose légère.

31 Mai. — Deux jours après son entrée, le petit malade est atteint d'accidents méningés. Il se plaint de céphalée frontal, présente un certain degré de raideur de la nuque et des vomissements en fusée survenant brusquement sans efforts.

1er Juin. — Les symptômes méningés persistent ; on trouve en outre des réflexes rotuliens très faibles et un peu de strabisme convergent.

Pas de signes de Babdnski ni de troubles sensitifs.

A l'examen du poumon, on note de la submatité du sommet gauche, avec respiration rude et expiration soufflante et un souffle hilaire surtout marqué à droite.

La température est normale.

4 Juin. — La céphalée persiste encore, mais les vomissements ont cessé. Le pouls est inégal et irrégulier.

Enfin, le 10 Juin, la céphalée elle-même disparaît, le pouls est redevenu régulier à 72°. L'enfant est gai, mange bien et a augmenté de 600 grammes depuis son entrée.

Il sort le 22 Juin complètement rétabli. Les signes méningés ne se sont pas reproduits et il ne persite plus du zona que quelques rougeurs au niveau du dos.

Quelle fut la cause de cette affection ?

Zona ou tuberculose ? Seule, une inoculation au cobaye aurait pu nous renseigner exactement. Ajoutons que M. Gougelet a étudié des cas ou la nature franchement tuberculeuse du liquide de réaction fut nettement démontré par la tuberculisation expérimentale.

Quoi qu'il en soit, nous insisterons sur la difficulté réelle d'un diagnostic en dehors de ce signe de certitude.

Chapitre IX

RÉACTIONS MÉNINGÉES AU COURS DES ÉTATS INFECTIEUX TELS QUE :

A. — Pneumonie-Fièvre de Malte-Grippe.

Nous ne les mentionnerons que pour mémoire.

Elle peuvent également s'accompagner de lymphocytose, bien que la polynucléose soit plus commune.

A propos de la grippe, nous signalerons la fréquence des réactions méningées apparaissant surtout pendant les épidémies.

Messieurs Laubry et Parvu ont particulièrement bien étudié ces formes que l'on aurait pu confondre avec la méningite tuberculeuse. Céphalée, constipation, vomissements sans effort, raideur de la nuque, torpeur et prostration, attitude en chien de fusil, signe de kernig, pouls ralenti et jusque la période de rémission de la fièvre tout contribuait à rendre plus frappant encore le tableau d'une méningite tuberculeuse. Il y eut même hésitation légitimée par une abondante lymphocytose avec hyperalbuminose.

B. — Affections intestinales.

Les réactions méningées du jeune âge sont bien connues. Nous voulons parler de celles qui ont une origine intestinale. Elles se traduisent chez le nourrisson par un peu de raideur des membres et de la nuque, du kernig, du strabisme, de la dilatation des veines sous-cutanées, une extrême tension des fontanelles et de la fièvre.

La ponction lombaire donne un liquide hypertendu, un peu albumineux, avec une réaction lymphocytaire moins forte que dans la méningite tuberculeuse.

Chapitre X

MÉNINGITE TOXIQUE

La lymphocytorrachie accompagnant des symptômes cliniques méningés peut encore s'observer au cours des intoxications par le plomb et l'arsenic.

Nous ne décrirons pas les différents types de paralysies saturnines puisqu'elles ne peuvent prêter à confusion, rappelons seulement que dans les observations publiées par Messieurs de Massary et Pasteur, Valléry, Rado, la ponction lombaire a toujours montré un liquide céphalo rachidien très hypertendu s'écoulant en jet et contenant 6 à 8 lymphocytes par millimétre cube.

C'est surtout dans les formes encéphalopatiques que nous rencontrerons des méningites aiguës pouvant simuler d'assez près la méningite tuberculeuse avec paralysie des nerfs craniens et dans ces différents cas, le diagnostic ne pourra se faire que par l'interrogatoire, l'existence de coliques antérieures et la gingivite avec son liseré gris bleuâtre bien caractéristique, le liseré de Burton.

Enfin, nous mentionnerons en passant, les méningites consécutives au traitement par le Sarvarsan s'accompagnant au début de céphalée et de vomissements, de troubles de l'audition et de vertiges puis au bout de quelques semaines de paralysies des nerfs craniens, facial, moteur oculaire commun en même temps que la réaction histologique du liquide céphalo rachidien se traduit par de la lymphocytose.

Dans le chapitre des méningites toxiques, il nous semble tout indiqué de faire entrer les méningites vermineuses et nous rappellerons que très souvent les vers intestinaux font apparaître, chez les enfants, toute une série de symptômes méningés assez difficiles à cataloguer lorsque l'on n'est pas averti.

OBSERVATION 9

Personnelle

L'année derniére il nous a été donné de soigner un jeune garçon de six ans qui, après une période prodromique, durant laquelle les parents observèrent une certaine modification du caractère et des troubles digestifs, fut pris brusquement d'une violente céphalée accompagnée de vertiges et d'un état lipothymique qui l'obligèrent à prendre le lit immédiatement.

Je me trouvais là à ce moment. Je pris la température du malade, elle était de 39° 5. Le pouls était aux environs de 60. C'est alors qu'apparurent des vomissements assez violents et répétés s'accompagnant, dans l'intervalle, d'une grande prostration.

Dans la nuit, l'enfant se mit à délirer et le lendemain, étant revenu avec le médecin de la famille, nous retrouvâmes le petit malade le dos tourné à la lumière et replié en chien de fusil, il présentait nettement de la raideur de la nuque mais sans kernig.

Le tableau clinique pouvait bien, comme on le voit, faire penser à la méningite tuberculeuse, mais la ponction lombaire fut inutile, car, à la suite d'un

nouvel effort pour vomir, le jeune malade expulsa par l'anus, cette fois, en même temps qu'une débacle, un superbe ascaris femelle.

Il est probable que, si elle avait été faite, la ponction lombaire aurait révélé l'existence d'une réaction cytologique lymphocytaire et que si le corps du délit n'avait pas fait une si brusque apparition, nous n'aurions pas eu l'idée de rechercher les œufs dans les selles, inexistantes d'ailleurs, en raison même d'une forte constipation.

Chapitre XI

ÉTATS MÉNINGÉS INDÉTERMINÉS

Ils sont excessivement nombreux et les observations ne manquent pas. Rist a même décrit les syndromes méningés lymphocytaires curables affectant une allure épidémique en 1910. M. le Professeur Widal a englobé sous le terme d'états méningés l'ensemble de ces processus morbides d'origine inconnue pouvant faire penser à la méningite tuberculeuse ou syphilitique. Seule l'évolution spontanée et rapide vers une guérison est une forte présomption pour que le bacille de Koch ne soit pas en cause. Quant à l'examen du liquide céphalo rachidien, il ne révèle que de l'hyperalbuminose, parfois seule, parfois associée à de la lymphocytose.

Quoi qu'il en soit, malgré l'absence complète de germes dans le liquide céphalo rachidien, la présence de symptômes généraux et d'un appareil fébrile semblent bien indiquer qu'à l'origine de tous ces syndromes méningés se trouve une infection indéterminée.

Nous citerons à ce propos deux observations relevées dans le service de M. le Professeur Hautefeuille.

OBSERVATION 10

La première est celle d'une jeune femme de vingt-cinq ans qui, à son arrivée dans le service, présentait tous les signes d'une méningite tuberculeuse La fièvre était très vive, les vomissements sans efforts. On notait une forte constipation, de la diplopie et un kernig très net. Le pouls était ralenti à 50. La température aux environs de 38° 5.

La lymphocytose abondante plaidait encore en faveur du diagnostic (plus de 100 lymphocytes par millimètre cube).

Malgré tout, la malade conservait un certain état euphorique.

Ces signes persistèrent pendant six jours puis, brusquement, finirent par s'amender. La malade est actuellement bien portante.

OBSERVATION 11

La deuxième observation concerne un malade qui, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, se plaint de courbature et de frissons. Le lendemain, il présente une certaine confusion mentale et des mouvements convulsifs à la suite de quoi il tombe brusquement dans le coma.

A ce moment apparaît de l'incontinence d'urine.

Il est couché en chien de fusil et l'ob ervation révèle une raideur de la nuque bien nette accompagnée d'un kernig positif.

Le liquide céphalo rachidien contient 1 gr. d'albumine, 8 à 10 lymphocytes par champ, pas de bacilles Koch. Le Wassermann est négatif.

Le coma dure trois jours puis s'atténue peu à peu, le malade restant en état de torpeur avec céphalée pendant cinq à six jours. La raideur de la nuque disparaît. Le malade sort guéri. Il revient un an après consulter pour une tout autre affection. On en profite pour faire un examen complet qui semble prouver qu'il ne reste aucune séquelle apparente de la maladie.

Dans ces deux observations, l'étiologie est restée indéterminée. Nous insistons sur ce fait que les symptômes, cette fois encore, pouvaient fort bien en imposer pour une méningite tuberculeuse.

Chapitre XII

DIAGNOSTIC

Tel est, rapidement brossé, le tableau des diverses affections les plus fréquentes, car nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes vues, affections pouvant s'accompagner de réactions méningées lymphocytaires et dont l'évolution se fait toujours vers une guérison à peu près certaine.

Nous insisterons sur cette constatation, qu'au cours de cette revue d'ensemble, nous avons été frappés par la similitude des symptômes pouvant égarer le diagnostic.

Voyons donc rapidement si le laboratoire ne pourrait pas nous venir en aide dans les cas douteux et nous permettre de dépister ainsi une origine qu'aucun signe clinique surajouté à ceux de la méningite ne serait venu dévoiler.

Mais, auparavant, il conviendrait peut-être d'établir une brève séméiologie des constituants du liquide céphalo rachidien.

Normalement, il doit être clair comme de l'eau de roche, s'écouler goutte à goutte et non en jet et sa tension ne doit pas dépasser 20 centimètres cubes d'eau, tension recherchée dans le décubitus horizontal à l'aide

du manomètre anéroïde de Claude. Il est alcalin, riche en chlorure de sodium (7 à 8 gr. par litre environ), pauvre en albumine (environ 0 gr. 20 pour 1.000). A l'inverse du sérum sanguin qui contient de la sérine et de la globuline, on n'y décèle que des traces de globuline. Le sucre, en partie constitué par du glucose, s'y rencontre au taux de 0 gr. 50 pour 1.000 et l'urée oscille entre 0 gr. 20 et 0 g. 30 par litre.

En outre, il doit contenir trés peu d'éléments cellulaires, le chiffre de un à deux lymphocytes par millimètre cube étant déjà considéré comme pathologique.

Voyons donc quelles sont les modifications chimico-cytologiques pouvant survenir au cours des diverses réactions méningées que nous venons d'énumérer et nous chercherons s'il en existe d'assez spécifiques pour nous permettre d'établir un diagnostic certain.

Méningite Ourlienne

Liquide clair, transparent comme de l'eau de roche.
Hypertendu
Chlorures légèrement diminués
Albuminose abondante
Sucre normal
Lymphocytose moyenne ou abondante
Urée normal

Méningite Poliomyélitique

Liquide clair
Hypertension légère
Chlorures normaux
Albuminose moyenne
Sucre normal
Lymphocytose moyenne
Urée normal

Méningite Spirochétosique

Liquide légèrement teinté en jaune ou limpide
Hypertension légère
Chlorures légèrement abaissés
Albuminose légère 0 gr. 60 à 70
Sucre augmenté
Lymphocytose légère 12 à 15 par millimètre cube
Urée augmenté (2 gr. et jusqu'à 4 gr.)

Méningite Rhumatismale

Liquide clair
Hypertension moyenne
Chlorures normaux
Albumine normale
Sucre normal
Lymphocytose légère
Urée normal

Méningite Syphilitique

Liquide clair et limpide
Hypertension légère
Albuminose 1 à 3 gr. avec prédominance de globuline. Réaction de Nonne-Appelt positive
Sucre normal
Lymphocytose moyenne ne dépassant guère 30 éléments par millimètre cube. Croit avec la gravité.
Urée normal

Méningite Herpétique

Liquide clair
Hypertension légère
Chlorures normaux
Dissociation albuminique
Sucre normal
Lymphocytose 10 à 15
Urée normal

Méningite Encéphalitique

Liquide clair
Hypertension moyenne
Chlorures normaux
Hyperalbuminose moyenne
Sucre augmenté 0 gr. 60 à 1 gr.
Lymphocytose faible. Diminue rapidement au contraire de la méningite tuberculeuse ou elle croit rapidement.
Urée normal

Méningite Zostérienne

Liquide clair
Hypertension moyenne
Chlorures normaux
Dissociation albuminique
Sucre normal
Lymphocytose moyenne
Urée normal

États Méningés

Liquide clair
Hypertension moyenne
Chlorures normaux
Albuminose ou pas
Hyperglycorrachie
Lymphocytose faible
Urée normal

Méningite Toxique

Liquide clair
Hypertension moyenne
Chlorures normaux
Dissociation albuminique
Sucre normal
Lymphocytose moyenne
Urée normal

Comparons donc ces données avec celles que pourra nous fournir l'examen du liquide de ponction dans les cas de méningite tuberculeuse.

La Tension

Excessivement variable comme nous l'avons vu elle ne nous sera d'aucun secours comme élément diagnostic.

La Coloration

Seuls les cas de spirochétoses avec ictère s'accompagneront d'une coloration jaune du liquide céphalo rachidien mais, la coloration des téguments sera bien plus caractéristique encore.

Les Chlorures

Nous avons vu que leur taux était légèrement abaissé dans la méningite ourlienne et dans la méningite spirochétosique.

Cette diminution des chlorures devient un signe d'importance considérable quand elle atteint 6 gr. et au-dessous car elle est presque la signature d'une méningite tuberculeuse.

Un chiffre supérieur à 6 gr. 50 est considéré en pratique comme un signe à peu près certain que l'on n'a pas affaire à une méningite tuberculeuse.

LES CENDRES

Normalement elles sont de 8 gr. 80 par litre.

Dans la méningite tuberculeuse elles sont diminuées et l'on peut dire qu'un chiffre de cendres inférieur ou égal à 7 gr. 50 par litre est un argument très puissant en faveur d'un processus tuberculeux.

On remarque l'importance considérable de ces deux facteurs chlorures et cendres symptomatiques de la méningite tuberculeuse dans 98 °/₀ des cas pour certains auteurs.

Les renseignements qu'ils donnent sont immédiats et de ce fait prennent une grande valeur pour l'établissement d'un diagnostic précoce.

Bien plus suggestive encore sera la courbe tracée par les résultats de plusieurs ponctions répétées.

Dans les méningites tuberculeuses la courbe est horizontale ou franchement descendante, devenant dans ce dernier cas le symptôme d'une issue fatale proche.

Dans les méningites non tuberculeuses le chiffre des chlorures est variable d'une ponction à l'autre, et la courbe prend alors l'allure d'une oscillation en dents de scie ou bien encore en bâteau permettant d'écarter malgré le tableau clinique l'idée de tuberculose.

LE SUCRE

Augmenté dans les méningites spirochétosique et encéphalitique, normal dans les autres cas passés en revue, il est franchement abaissé dans la méningite tuberculeuse.

L'ALBUMINE

Qu'elle accompagne la lymphocytose ou qu'il y ait dissociation cyto-albuminique plus ou moins constante, elle ne sera pour nous qu'un signe de faible valeur. Dans la méningite tuberculeuse, elle peut atteindre 1 à 2 gr. chez l'enfant, 2 à 3 gr. chez l'adulte, alors que dans la méningite syphilitique le taux serait en général plus faible. Ajoutons que dans ce dernier cas elle est surtout formée par de la globuline décelable par la réaction de Nonne-Appelt qui consiste à la précipiter parle sulfate d'ammoniaque à saturation.

La sérine dominerait plutôt dans la méningite tuberculeuse.

Nous signalerons également le caractère floconneux, fibrineux du liquide de méningite tuberculeuse ne le considérant cependant pas comme pathognomonique puisque Rist a observé plusieurs cas de méningites épidémiques présentant les mêmes caractères.

LA LYMPHOCYTOSE

Plutôt discrète dans les autres affections elle atteint facilement 100 éléments dans la méningite tuberculeuse. Elle peut devenir si abondante quelle en trouble le liquide, mais à elle seule, comme nous avons pu le voir, elle ne nous donnera pas de précision certaine.

L'URÉE

Normal dans les autres affections le taux de l'urée peut atteindre 2 gr. et quelquefois 4 gr. dans la spirochétose ictéro hémorragique.

En pratique que devrons-nous faire en présence d'un syndrome ayant beaucoup d'analogie clinique avec la méningite tuberculeuse.

Nous ferons une ponction lombaire, et sans négliger la valeur de la lymphocytose nous ne devrons pas nous contenter de ce résultat, mais exiger davantage du laboratoire.

En premier lieu, nous nous efforcerons de déceler la présence du bacille de Koch soit directement, après homogénéisation ou centrifugation, soit après enrichissement, les procédés d'inoculation au cobaye ou d'ensemencement sur milieu de Pétrof pouvant être faits à titre documentaire en raison même de la lenteur des résultats. La cuti-réaction à la tuberculine étant positive dans le 90 % des cas chez l'adulte, n'aura de valeur chez l'enfant que jusqu'à deux ou trois ans.

Sans nous arrêter aux résultats souvent négatifs de l'examen direct, nous continuerons nos recherches par l'étude quantitative des chlorures, des cendres et du sucre qui, nous insistons encore, ont une si grande valeur diagnostic.

Cependant, nous n'oublierons pas qu'il existe d'autres syndromes méningés pouvant simuler à s'y méprendre la méningite tuberculeuse.

Nous y penserons avant d'établir tout diagnostic et nous chercherons, si quelque anomalie dans le tableau clinique ne pourrait pas nous mettre sur la voie.

Nous ne manquerons pas de faire la recherche du spirochète de la syphilis, soit directement par le procédé de l'encre de chine, soit indirectement par la réaction de Wassermann, et du benjoin colloïdal.

Nous essaierons ensuite de dépister le spirochète ictérigène par l'examen direct malheureusement infidèle, le séro-diagnostic praticable à n'importe quelle époque de la maladie, par la réaction des immunisimes ou de neutralisation du virus applicables seulement après l'apparition des anticorps c'est-à-dire après le quinzième jour, ou chez les convalescents, enfin par l'inoculation du sang ou de l'urine au cobaye qui elle aussi ne donne que des résultats tardifs.

Nous ne manquerons pas de rechercher les vers intestinaux par la présence des œufs dans les selles. En un mot, nous ne négligerons rien pour obtenir du laboratoire le maximum de confirmation du diagnostic clinique.

CONCLUSIONS

De l'étude des méningites lymphocytaires curables que nous pouvons être appelés à rencontrer le plus communément en clientèle, il résulte que la confusion entre ces diverses affections et la méningite tuberculeuse est parfaitement possible pour le praticien voulant établir un diagnostic précoce.

En raison même de la gravité exceptionnelle de la méningite tuberculeuse qui, malgré des rémissions prolongées et les rares guérisons publiées par certains auteurs, n'en reste pas moins à l'heure actuelle une affection considérée comme presque toujours fatale, on conçoit toute la prudence que le praticien sera en droit d'apporter dans l'établissement du diagnostic de cette maladie.

Si l'on manque de signes de certitude absolue, il faudra penser à toutes les catégories de méningites lymphocytaires que nous avons passées en revue.

Par l'étiologie, par la clinique, par les recherches de laboratoire, on s'efforcera de déceler la véritable cause qui ne sera souvent bien établie que fort tard, parfois même après la guérison d'une de ces formes bénignes dont nous avons parlé.

Nous terminerons en ajoutant que vouloir étayer un diagnostic sur la simple constatation d'une lymphocytose plus ou moins abondante du liquide céphalo rachidien serait risquer de porter faussement un pronostic fatal.

Telles sont les courtes conclusions qu'il nous semble utile de tirer de ce modeste travail.

Vu : *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *le Président de thèse*,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Galliart et Baufle. — Le diagnostic des méningites bénignes. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3 novembre 1910).

Guillain et Richet fils. — Étude sur une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3 novembre 1910).

Widal, Lemiere, Cotoni et Kindberg. — Épidémie d'états méningés avec liquide céphalo rachidien clair et amicrobien. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3 novembre 1910).

Triboulet, Harvier, Vaudescal. — Formes méningitiques de la paralysie infantile et discussion étiologique. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 10 novembre 1910).

Dufour. — Sur les états méningés curables (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 12 décembre 1912).

Netter. — Relation entre certaines méningites curables et la poliomyélite. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 12 décembre 1912).

De Massary et Pasteur, Vallery, Radot. — Paralysie saturnine généralisée ayant débuté par le type brachial avec lymphocytose rachidienne. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 25 janvier 1912).

Caussade et Logre. — États méningés avec hypertension considérable du liquide C. R. ; guérison rapide par la ponction lombaire. (*Bulletins et mémoires de la Societé médicale des hôpitaux*, 25 janvier 1912).

Chauffard et Boidin. — (*Société médicale des hôpitaux*, 25 mars et 6 mai 1904).

De Massary et Tockman. — Réactions méningées dans les oreillons. (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 23 juin 1916).

Netter et Tinel. — (*Congrès de l'Association française de pédiatrie*, juillet 1910).

COSTA et TROISIER. — La méningite dans la spirochétose ictéro hémorragique. *(Presse médicale*, 2 avril 1917).

WIDAL et ABRAMI. — Ictère grave infectieux. *(Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1908 (2me semestre).

LE CLERC. — De la méningite tuberculeuse chez l'adulte. *(Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 octobre 1910).

LAUDRY et PARVU. — Syndrome méningé avec lymphocytose rachidienne d'origine indéterminée. *(Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 octobre 1910).

RIST et ROLLAND. — Méningite bénigne et d'allure épidémique. *(Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 octobre 1910).

WIDAL. — États méningés. *(Congrès Français de médecine*, 15 octobre 1910).

LANCET. — La méningite herpétique. *(Le Monde médical*, 1er décembre 1925).

Deux cas de méningites lymphocytaires guéris. *(Le Monde médical*, 15 octobre 1925).

MEEREISMANN. — Deux cas de méningites lymphocytaires de nature indéterminée avec issue favorable. *(Journal des Praticiens*, 5 septembre 1925).

APPERT et BROCA. — Deux cas de méningites lymphocytaires avec issues favorables. *(Presse médicale*, 20 décembre 1922).

GOUGELET. — Des épisodes méningées tub. curables. (*Thèse de Paris*, 1911).

BARBIER et LIAN. — Le zona, accident tuberculeux secondaire ou cliniquement primitif. *(Progrès médical*, 29 juillet 1911).

MESTREZAT. — Séméiologie du liquide céphalo rachidien. *(Annales de l'Institut Pasteur*, août 1924).

CRAMER et BICKEL. — La méningite tuberculeuse est elle curable. *(Annales de médecine*, septembre 1922).